Análisis teórico y clínico de un caso de depresión crónica severa en una adolescente.

Richard Preschel

CONTENIDO

PRESENTACIÓN

Este trabajo se divide en cuatro capítulos. El caso clínico que nos ocupa será abordado en el último. La lectura de las tres primeros capítulos exige un esfuerzo de paciencia, ya que muy probablemente la utilidad de los análisis de textos psicoanalíticos y psiquiátricos que presentaremos a continuación solo se hará evidente en la sección final, donde todas las nociones teóricas y nosológicas previamente expuestas, serán aplicadas retroactivamente a la comprensión de un historial clínico. El lector impaciente podrá comenzar por el capítulo IV y luego, si desea aclarar algunos conceptos, dirigirse a los capítulos anteriores.

La organización un poco extraña de este estudio puede explicarse por los intereses del autor, quien además de querer comprender esta enfermedad mental tan atípica, trata de poner a prueba la utilidad de la teoría psicoanalítica para la interpretación de un caso que no encaja en el marco de las neurosis y psicosis tradicionalmente descritas.

I. LOS DÉFICITS DE SIMBOLIZACIÓN Y LA ANGUSTIA EN LAS NEUROSIS TRAUMÁTICAS

En la introducción del capítulo IV de ***Más allá del principio de placer*** (1920), Freud describe el sistema percepción-consciencia como una piel situada en el límite entre el adentro y el afuera. Freud plantea que este sistema cumple la función de ligar las excitaciones provenientes del exterior a las sensaciones de placer-displacer provenientes del interior del aparato psíquico.

Para explicar el origen y funcionamiento del sistema percepción-consciencia, Freud emplea el modelo biológico de una primitiva y simple vesícula viviente que está dotada de una capa cortical. Esta capa desarrolla una membrana que la cubre y que funciona como filtro y válvula, al regular y controlar las cantidades de estímulos que alcanzan la capa cortical. Esta membrana o **barrera protectora contra estímulos** (Reizschutz) le opone una contra-carga, compuesta por las sensaciones de la serie placer-displacer, a los estímulos externos que tratan de penetrar el aparato mental. En condiciones normales las sensaciones internas (placer/displacer) predominan sobre los estímulos externos y logran ligarlos para obtener su entrada regulada al aparato psíquico. Así la barrera formada por las sensaciones placer-displacer, que es una función del sistema consciencia (Cc.), mediatiza el acceso de los estímulos a la percepción.

Esta concepción Freud continuará desarrollándola en su artículo sobre ***La denegación*** (1925), donde sostiene que el juicio de atribución (placentero o displacentero / bueno o malo) es previo al juicio de existencia (que determina la existencia psíquica del objeto). El acceso de los estímulos a la sustancia perceptiva (de la supuesta capa cortical) está mediatizado por la membrana, o barrera protectora, que los liga a las sensaciones placer-displacer. A la percepción únicamente llegan excitaciones que previamente han sido ligadas a atribuciones.

La lectura de este artículo muestra en forma evidente que para Freud la función de la barrera no es otra que la de codificar las excitaciones provenientes del exterior mediante un sistema simbólico. Dos términos, placer/displacer, o bueno/malo, son suficientes para el funcionamiento de un lenguaje formalizado. Tomemos por ejemplo el sistema binario (1 y 0) con el que cualquier cantidad o mensaje puede ser escrito con dos números y una combinación de lugares. Este es el lenguaje fundamental de las computadoras cuyos términos básicos son la ausencia (0) o presencia (1) de flujo eléctrico.

La ligadura entre las excitaciones externas y las sensaciones internas se realiza gracias a este código, al que las excitaciones externas ya se hallan ligadas. Esta interposición de un código es indispensable para la ligadura de las excitaciones.

La misma función del código es analizada por Freud cuando observa los juegos de su propio nieto [***Más allá del principio de placer***, capítulo III), en los que con las exclamaciones ***fort!*** y ***da!***, cuando respectivamente bota la bobina y la jala de vuelta repetidamente, el niño elabora las representaciones de la ausencia y presencia de su madre. Estas observaciones realizadas por Freud anuncian con 50 años de anticipación la tesis estructuralista que sostiene que e/ lenguaje estructura la percepción (Levi-Strauss, Whorf-Sapir).

Freud explica que cuando las excitaciones internas son demasiado intensas, la barrera protectora puede tratarlas como si fueran excitaciones externas. De este modo describe el **mecanismo de proyección**.

El funcionamiento de la barrera protectora es indispensable para el funcionamiento del principio de placer. Las disfunciones de esta barrera explicarán los fenómenos que contradicen el principio de placer y

pondrán en evidencia sus limitaciones. La causa de la disfunción de la barrera protectora es **lo traumático**, definido como una cantidad excesiva de excitaciones que atraviesa la barrera y la rompe. Según este modelo, el efecto del trauma es la creación de una grieta en la barrera protectora. En estas condiciones traumáticas el principio de placer no funciona y el aparato psíquico queda desprotegido ante la aferencia de excitaciones. El aparato psíquico queda enteramente entregado a la tarea de dominar estas **cantidades de estímulos**, para transformarlos en **cualidades ligadas** (en el sentido psíquico) y así poderlas someter a la descarga o a la represión.

La neurosis traumática común es definida como un efecto de la gran grieta que se produce en la barrera protectora. Para Freud la producción de este tipo de lesión se debe a una **falta de preparación para la angustia**.

Como lo veremos más adelante, el código simbólico no puede ligar estímulos si carece de representaciones adecuadas para ello. Por lo tanto, no es la cantidad excesiva de excitaciones lo que explica la producción de la grieta en la barrera (criterio económico), sino la carencia en el aparato psíquico de representaciones adecuadas que permitan ligar estas excitaciones y transformarlas en cualidades psíquicas.

También esta falta de preparación para la angustia explicará para Freud el fenómeno del **sueño traumático** que, como sabemos, no puede ser explicado como una realización de deseos: *"... Estos sueños tratan de dominar retroactivamente los estímulos [traumáticos] mediante el desarrollo de la angustia; esta angustia cuya falta provocó el desencadenamiento de la neurosis traumática.."*. Sigue su explicación indicando que estos sueños demuestran la existencia de una función del aparato psíquico que es previa a la puesta en marcha del principio de placer. Las escenas traumáticas insisten en el sueño para poder ser ligadas: *"... el principio de placer solo podrá dominar cuando esta ligadura se realice…"* y las escenas traumáticas sean simbolizadas.

En el capítulo VII de ***Inhibición, síntoma y angustia*** (1924), Freud desarrolla el concepto de angustia, esbozado en ***Más allá ...***, definiéndola como una señal que el Yo emplea para enfrentar un peligro externo. Así corrige su antigua concepción de la angustia explicada como una transformación energética de la líbido insatisfecha. En la nueva concepción se explica que si la aparición de una reivindicación pulsional desencadena en el Yo una señal de angustia, eso no implica que esta reivindicación pulsional constituya un peligro por sí misma; es la amenaza de castración proveniente del exterior que va a volver peligrosa la reivindicación pulsional. En esta concepción también se plantea que la angustia es la señal que pone en marcha el funcionamiento del código placer-displacer, lo que es congruente con la función que Freud le atribuye a los sueños traumáticos.

Cuando se refiere específicamente a las neurosis traumáticas, Freud subraya el interés que estas tienen para la teoría psicoanalítica, no porque pongan en duda la etiología sexual de las neurosis, sino porque permiten una visión privilegiada de la relación entre la angustia y la formación de síntomas.

La situación de peligro por sí sola es insuficiente para provocar una neurosis. Las experiencias traumáticas provocan una tal desorganización psíquica que hace que conflictos previos se asocien al trauma. Esta posición de Freud es coherente tanto con su noción de sobredeterminación, según la cual no hay manifestación psíquica que pueda ser referida a una única causa, como con su hipótesis sobre las series complementarias, en la que se sostiene que la constitución y el trauma mantienen entre sí una relación inversamente proporcional. Es decir que un mínimo de predisposición y una experiencia traumática lo suficientemente intensa pueden provocar procesos neuróticos que no se resolverán con el alivio o la solución del problema traumático.

En las neurosis traumáticas, además de la angustia como señal ante el peligro, se produce una angustia de otro tipo, provocada por la ruptura de la barrera protectora y el excedente de excitaciones que, debido a esta ruptura, invaden el aparato psíquico.

La distinción entre la angustia como señal ante el peligro y la angustia como resultado de una lesión en la barrera protectora, designa respectivamente las angustias neurótica y psicótica. Ambos tipos de angustia tienen en común el carácter de ser el resultado de grietas en el aparato psíquico, pero son grietas localizadas en lugares distintos de este aparato. La angustia neurótica es una señal ante el peligro externo (o por lo menos externo en su erigen, puesto que ya hemos explicado que las pulsiones reprimidas se han vuelto peligrosas debido a una amenaza de castración proveniente del exterior; esta amenaza será luego incorporada a la instancia superyoica). Por su parte la angustia psicótica es el efecto de una formación incompleta de la barrera protectora.

Este modelo freudiano de la barrera protectora será desarrollado por Bion en ***Aprendiendo de la experiencia*** (1963). Él la llama **barrera de contacto** (término tomado del ***Proyecto de una psicología para neurólogos*** de Freud).

Esta barrera de contacto está formada por un conjunto encadenado (cadenas asociativas) de elementos α. Según Bion estos elementos son las unidades atómicas de lo simbólico. Bion indica que esta barrera cumple una función de límite entre la vigilia y el sueño. La psicosis es la consecuencia de una disfunción de esta barrera y por ello el psicótico ni sueña, ni está despierto, una cosa depende de la otra.

La neurosis traumática tiene rasgos comunes tanto con la estructura de la neurosis como con la estructura de la psicosis. En la neurosis traumática hay una grieta en la barrera protectora, pero es una grieta producida por una lesión. Antes de haber sufrido esta lesión, la barrera funcionaba normalmente. La angustia en las neurosis traumáticas puede ser de dos

tipos:

1. Se puede originar a partir de un peligro externo, y cuando este peligro externo deja de existir puede ser evocada por las representaciones que lo recuerdan (nos referimos a representaciones psíquicas que comprenden: los recuerdos durante la vigilia, las escenas traumáticas en los sueños y las situaciones y personas que por efectos de metáfora o metonimia, es decir, semejanza o contigüidad, se asocian a los representantes y las representaciones de las experiencias traumáticas).
2. Existe un segundo tipo de angustia que aparece en estas neurosis; es la angustia ocasionada por la ruptura de la barrera protectora, esta se manifiesta especialmente en las psicosis como miedo a la desintegración.

Así Bion describe psicóticos para quienes todo cambio implica un trastorno catastrófico; esto lo explica como un efecto de la disfunción de la barrera de contacto.

La distinción entre neurosis y psicosis no es muy pertinente para la comprensión de las neurosis traumáticas. Casi se puede hablar indiferentemente de neurosis o psicosis agregando el adjetivo *traumático*. Nosotros preferimos hablar de **neurosis traumática** cuando se trata de un individuo que convive con personas que no han compartido la misma experiencia traumática y de **psicosis traumática** cuando el trauma recae sobre una colectividad y la formación de síntomas constituye un hecho social. Estas últimas son más graves y peligrosas.

En todo caso las neurosis traumáticas son más afines a las neurosis que a las psicosis. Las psicosis se caracterizan por lo que Lacan definió: como **forclusión del Nombre del Padre**. No hay lesión traumática que pueda provocar tal tipo de forclusión, no es una forclusión producida, ella existe desde el inicio de la constitución de la estructura psicótica. Otro hecho clínicamente importante es el pronóstico relativamente bueno que tienen las neurosis traumáticas, pese a los graves síntomas que presentan; esto también las vuelve más afines a las neurosis que a las psicosis.

II. DOS CASOS DE NEUROSIS TRAUMÁTICA

Dreyfus-Moreau (***Estudio estructural de dos casos de neurosis concentracionaria***, 1952) presenta dos casos de neurosis traumática, uno en detalle y otro sucintamente.

Son pacientes que ella ha tratado con narcosis, intentando realizar una cura catártica mediante la abreacción (descarga) de los recuerdos traumáticos.

PRIMER CASO

Una mujer de 33 años que es referida por un médico general debido a los siguientes síntomas: astenia, angustias, pesadillas y anorexia con pérdida de peso extrema.

ANAMNESIS:

De origen serbo, salida de una familia muy rica, es la penúltima de seis hermanos, los padres la consienten mucho.

Cuando los alemanes invaden su país toman a su padre como rehén y lo fusilan. Esto lleva a la paciente a ingresar en la resistencia. Algunos meses después es arrestada y deportada junto a la familia judía que ella alojaba clandestinamente.

Permanece en los campos de concentración entre 1941 y 1945; debido a sus conocimientos de alemán le dan el rango de jefe de barraca. Todo este período se caracteriza por una muy marcada insensibilidad física y moral.

Nada de lo que ella ve la sorprende o indigna. Durante este período no piensa ni en su vida pasada ni en el futuro; todos sus esfuerzos se concentran en soportar los sufrimientos físicos que le son impuestos y poder mantenerse en condiciones de poder salir a trabajar todas las mañanas. De no poder trabajar sería asesinada. Todas las energías de esta mujer se dedican de la forma más inmediata y racional a la autopreservación.

Cuando es liberada al final de la guerra, padece de tifus y no puede caminar sino a rastras. Mientras está en el hospital le notifican la destrucción de su familia, solo le queda una hermana. En su país cambió la orientación política y ella se ha vuelto una indeseable. Como refugiada llega a Francia donde se queda y encuentra trabajo como mecanógrafa.

Desde su regreso a la vida normal se hace exámenes médicos, los cuales resultan negativos, excepto algunos indicios de úlcera gástrica. la Dra. Dreyfus, quien también estuvo en un campo de concentración, encuentra en esta paciente el cuadro común de las neurosis concentracionarias, siendo la inafecitividad el aspecto más resaltante. La someterá a una psicoterapia bajo narcosis (también llamada narcoanálisis); después de la tercera sesión la paciente no volverá.

A continuación presentamos un resumen de los datos que la Dra. Dreyfus refiere de cada una de las sesiones:

PRIMERA SESIÓN:

Los recuerdos del campo de concentración irrumpen intensamente.

Ella describe su trabajo y el sufrimiento físico que este conllevaba; su rostro expresaba dolor físico. Los alemanes le decían *cochina serbia*, a lo que ella respondía para si, *cochino alemán, no podrás acabar conmigo*. Luego aparece el recuerdo de una reclusa francesa que debido al hambre pierde todas sus fuerzas, como ya no podía trabajar los alemanes la

quemaron viva. La paciente evoca la forma en que esta amiga imploraba su ayuda y la impotencia en la que ella se encontraba para ayudarla.

SEGUNDA SESIÓN:

Surgen recuerdos de la infancia.

La paciente recuerda cómo era malvada y autoritaria hacia sus padres y el odio que sintió cuando a la edad de tres años nació un hermanito. Habla de la gran culpabilidad que siente hacia sus padres; en vez de demostrar gratitud, despreciaba todo lo que le daban.

Luego se refiere a su situación actual, le han ofrecido un trabajo de intérprete (ella domina siete idiomas) mejor remunerado que su trabajo actual de mecanógrafa, pero no lo acepta porque sus jefes actuales son muy amables con ella. También rechazó recientemente una oferta matrimonial. La Dra. Dreyfus relaciona estos dos hechos y le interpreta que ella se niega a ser feliz.

Después de esta sesión la paciente logra dormir bien y su inafectividad se hace menos marcada. Para sorpresa de sus amigos ella sonríe varias veces durante una representación teatral.

TERCERA SESIÓN:

El efecto de los narcóticos aumenta. La paciente duerme durante un cuarto de hora.

Por primera vez desde que fue arrestada soñó con sus padres: ... *el padre estaba en una posición acostumbrada, fumaba un gran habano y la encargaba de ir a buscar dinero al banco, cosa que a menudo hacía. Su madre se aproximaba hacia ella sonriendo, la paciente se lanzaba a sus rodillas, pero antes de que tuviera tiempo de decir algo la madre le decía*

“yo sé, yo sé” y la paciente experimentaba en el sueño una intensa sensación de paz y perdón... Cuando despierta se manifiestan los sentimientos de culpa hacia los padres y la Dra. Dreyfus trata de calmar estos sentimientos absolviendo a la paciente. Esta le agradece mucho la ayuda recibida y la sesión termina. Debía volver en cuatro días, pero no lo hizo y no se supo más nada de ella.

SEGUNDO CASO

Un hombre de 33 años que lleva dos meses hospitalizado. Sus síntomas son una astenia sin causa orgánica, es muy flaco sin llegar a ser anoréxico, duerme mal y sufre de pesadillas.

HISTORIA DE SU EPISODIO TRAUMÁTICO:

En Mayo de 1944 es arrestado por ser agente de contacto de la resistencia. Lo torturan, amenazan de muerte y finalmente lo confinan en aislamiento.

Después de su liberación sueña todas las noches con la cárcel y la tortura. incluso tiene alucinaciones estando completamente despierto: ve barrotes en su ventana. Las pesadillas cesan y el paciente entra en una etapa de su vida marcada por un carácter sombrío e inafectuoso. Después de un acto de infidelidad conyugal las pesadillas reaparecen y sus dificultades para conciliar el sueño le impiden seguir en su trabajo.

Tres sesiones de narcoanálisis le permiten reintegrarse al trabajo. Durante estas sesiones casi no habla de su experiencia traumática sino de la culpabilidad intensa que siente por haber engañado a su esposa.

COMENTARIO

No describiremos aquí los minuciosos análisis que realiza Dreyfus. Estos tienen dos propósitos fundamentales: demostrar la indicación del narcoanálisis en el tratamiento de este tipo de casos y también demostrar los límites de este tipo de tratamiento. Ella sostiene, y con mucha razón, que algunos síntomas desencadenados por la situación traumática se articulan con conflictos neuróticos anteriores y en esta medida quedan fuera del alcance de la psicoterapia bajo narcosis y deben ser tratados por el método psicoanalítico.

Vamos a retomar algunos de los datos que estos casos aportan para seleccionar algunos de sus signos, los que explicaremos en el capítulo siguiente.

La sintomatología de estos pacientes es bastante típica y está bien descrita en la nosografía psiquiátrica. En lo que respecta al insomnio, la inafectividad y los sueños traumáticos, encontramos su explicación económica y estructural en los modelos freudianos presentados en el capítulo anterior.

Revisemos ahora los datos que arroja el tratamiento de la dama serbia:

En la primera sesión, hay inicialmente una abreacción de los recuerdos de sufrimiento en el campo de concentración. En segundo lugar ella responde a la agresión expresando *cochino alemán, no podrás acabar conmigo*. Después ella refiere el recuerdo de la compañera francesa que imploraba su ayuda. Aquí ella deja de ser el sujeto del sufrimiento, es la amiga quien sufre. Es muy probable que la escogencia de este recuerdo estuviera determinada por la situación en la que la paciente se hallaba en la sesión. El recuerdo de la amiga francesa que implora su ayuda, invierte la situación presente, donde es la paciente quien pide ayuda a una amiga francesa (la Dra. Dreyfus).

En la segunda y tercera sesión no aparecen recuerdos traumáticos. Ella relata en la segunda sesión recuerdos donde es ella quien aparece como agresor: Es malvada con sus padres y hermanos, su conducta es imperdonable.

Dreyfus se pregunta por qué la paciente se autocastiga de este modo y responde que la paciente ha incorporado en su superyó la agresividad sádica de la que fue víctima en su experiencia concentracionaria. ¿Pero es acaso tan evidente que la paciente se está autocastigando? Desde una lógica superficial diríamos que no, la culpa la debe sentir el agresor, no el agredido. En el capítulo III vamos a explicar cómo el mecanismo de **identificación con el agresor** (descrito por Ana Freud) desempeña un papel importante en la elaboración de las experiencias traumáticas. En el caso de la dama serbia vemos cómo este mecanismo se va perfilando en forma cada vez más neta a lo largo de las sesiones.

En la tercera sesión el aumento de susceptibilidad de la paciente ante los narcóticos podría indicar una restitución de la barrera de contacto (vimos en el capítulo I la explicación de Bion, que relaciona el buen funcionamiento de la barrera con la capacidad de soñar y estar despierto, por lo tanto, una disminución en las dificultades para dormirse podría indicar una remisión del daño funcional). Pero una vez que recibe por parte de la Dra. Dreyfus una absolución de su posición de culpable, la paciente vuelve a caer en una posición de víctima que se le hace insostenible. Es posible que al interrumpir el tratamiento la paciente haya podido restituir una posición donde es ella la que agrede, quizás esto le permitió sentirse tan ingrata hacia la terapeuta como se siente hacia sus padres.

Como efectos del tratamiento de una sesión a otra se constata una progresiva mejoría de los síntomas que va a la par con el desarrollo del mecanismo de identificación con el agresor, que la coloca a ella en una posición de malvada y culpable.

El segundo paciente sufrió una experiencia traumática muy intensa, pero más breve y quizás más leve, pero no vamos a caer en el absurdo de graduar una escala de lo escabroso. Es muy resaltante el hecho de que este paciente inicialmente tuvo una remisión espontánea de los síntomas traumáticos (las angustias, alucinaciones, sueños traumáticos, pesadillas e insomnio) algunos meses después de su liberación y que experimentara una recaída severa desencadenada por una situación conflictiva trivial, como lo es la infidelidad conyugal. Durante las sesiones jamás habla de si mismo como víctima, no habla de su experiencia en la cárcel, sino como un victimario agobiado de culpa por haber engañado a su esposa.

III. FORCLUSIÓN Y SIMBOLIZACIÓN DE LO TRAUMÁTICO

A) LA IDENTIFICACIÓN CON EL AGRESOR

Ana Freud, en el capítulo IX del ***El Yo y los mecanismos de defensa***, describe el **mecanismo de identificación con el agresor** como una defensa que el Yo del niño emplea para enfrentar experiencias muy desagradables o traumáticas. Según ella este mecanismo aparece en una etapa intermedia de la formación del superyó; no habiéndose todavía constituido plenamente esta instancia, el mecanismo sigue siendo efectivo para dominar las amenazas provenientes del exterior: … *la crítica internalizada no se transforma inmediatamente en autocrítica*... El niño invierte en actividad su pasividad ante las situaciones que lo aquejan. De ser nombrado y juzgado por los demás, él pasa a nombrar y juzgar las situaciones que le provocan angustia.

La identificación con el agresor no implica tanto una identificación con la persona del agresor, sino más bien un asumir la posición de ser el agente de la agresión.

Ana Freud cita el ejemplo de un niño atemorizado por el dentista; él no reproduce el rol del dentista, sino la forma como ha sentido que él ha sido agredido. Ella considera que la identificación con el placer del agresor es una parte fundamental de este mecanismo. Son accesorias tanto la imitación como la puesta en escena de la situación en la que se produce la agresión.

Este mecanismo está estrechamente ligado a la constitución de lo simbólico y constituye una de las defensas posibles ante la angustia.

Cuando Freud ***Más allá ...*** (capítulo III) analiza el juego ***fort!-da*** de su nieto, lo descompone en dos actos, la aparición y la desaparición de la madre, que pueden ser ejecutados independientemente. Freud indica que es el segundo acto ***da!*** (= reaparición de la madre) el que le producía más placer al niño, pero, sin embargo, el primero ***fort!*** (= desaparición de la madre) es el que el niño repite con mayor frecuencia.

Freud duda si esta repetición insistente de una situación displacentera, que tiene por objeto la obtención de un dominio sobre una experiencia difícil, entra en conflicto con el principio de placer. Quizás el niño con esta repetición obtiene un placer de otro tipo, pero que le proporciona una gratificación igualmente inmediata. En efecto, podemos pensar que este otro placer al que alude Freud es el placer del agresor, o el placer que el niño le supone al agresor.

Se objetará que la madre no abandona al niño por sadismo; en el ejemplo que proporciona Ána Freud tampoco tenemos que suponer que el dentista sea sádico.

En principio ni la madre ni el dentista son sádicos, pero un niño de una edad tan tierna como el nieto de Freud (un año y medio) no puede concebir que la madre se ausenta porque está obligada a ello. Siendo la madre la fuente de satisfacción de todas sus necesidades, es percibida por el niño como un ser omnipotente que no tiene ningún tipo de restricciones ni limitaciones. Si la madre se ausenta es porque desea ausentarse, sí esta ausencia resulta dolorosa para el niño es porque la madre desea causarle dolor.

Melanie Klein, en ***Notas sobre algunos mecanismos esquizoides tempranos***) desarrolla y amplía la reflexión sobre estos aspectos fantasmáticos de la vida psíquica del niño. Ella sostiene que todas las sensaciones desagradables que siente el niño, así provengan del exterior o del interior del cuerpo, las atribuye a un supuesto agente dotado de una

voluntad sádica y que siente placer en una proporción directa al displacer que provoca. En su teoría este agente supuesto por el niño es llamado **objeto malo** o **pecho malo**.

En este contexto también pueden servirnos los señalamientos que hace Freud en ***Totem y Tabú*** (1913), donde sostiene que para los pueblos primitivos, al igual que para lo inconsciente, la muerte natural o accidental no existe. De hecho el concepto de muerte natural es históricamente reciente y se lo debemos a la ciencia. Para lo inconsciente la muerte siempre tiene su origen en un deseo de muerte y, según Freud, esta es la dificultad central en la elaboración del duelo.

Este fenómeno de la identificación con el placer del agresor encuentra una explicación estructural y dinámica en el funcionamiento de lo que Freud llamó Yo-placer (Lust-Ich). El niño trata de apropiarse de la escena traumática para dominarla, pero para apropiarse de ella debe antes transformarla en placentera. Ya que en esta rudimentaria organización yoica todo lo placentero es atribuido al Yo y todo lo displacentero es considerado no-Yo, aún las sensaciones displacenteras internas, el niño las percibe como ajenas al Yo.

Como las experiencias traumáticas solo son placenteras del lado del agresor, la identificación con este se da para transformar la experiencia traumática en placentera y así poder incorporarla al aparato psíquico para someterla a una elaboración más completa.

Dreyfus explica los sentimientos de culpabilidad y las tendencias de autopunición de sus pacientes, signos de melancolía, como la prolongación internalizada por el superyó de los castigos externos. Estos signos psicopatológicos también pueden ser comprendidos como momentos de un intento de elaboración de la experiencia traumática mediante la identificación con el agresor y la puesta en marcha del principio de placer.

B) LA IDENTIFICACIÓN PROYECTIVA

La descripción de este mecanismo, descubierto por Melanie Klein, se fundamenta en la descripción freudiana del Yo-placer. Las sensaciones intolerables para el lactante, provengan éstas del propio cuerpo o del exterior, son investidas en un **objeto externo**, el pecho de la madre. Esto no constituye una solución eficaz para el lactante, ya que el pecho en el que se han investido estas sensaciones desagradables se le vuelve persecutorio. La división del objeto o pecho en bueno y malo, y la atribución de un carácter persecutorio al objeto o pecho malo, configura un estadio de la evolución psíquica que Melanie Klein definió como **esquizo-paranoide**. El estadio esquizo-paranoide sirve como modelo para la descripción y comprensión dinámica de algunos estados alucinatorios y delirantes. Sin embargo, es considerado por Klein como un estadio normal primitivo del lactante.

Lo que es rechazado del aparato psíquico insiste desde el afuera para ser reincorporado. De este modo explica Freud la insistencia de las escenas desagradables en los sueños traumáticos. Lo que se forcluye, es decir, lo que no se simboliza, retorna desde lo real.

Wilfred Bion (***Aprendiendo de la experiencia***, 1963) fue un gran formalizador de los conceptos teóricos de Melanie Klein.

El mecanismo de la identificación proyectiva lo formalizo con el modelo de las relaciones entre continente (♀) y contenido (♂).

Bion explica que el lactante proyecta sus ansiedades intolerables sobre el seno de la madre. Cuando estas ansiedades son elaboradas por parte de la madre y devueltas al lactante en forma atenuada, el lactante elabora a partir de esta experiencia un **elemento α**. Pero cuando lo que se proyecta

es devuelto en espejo, sin ninguna elaboración, se produce un elemento fantasmático, bizarro y no simbolizado que Bion llama **elemento β**. Este segundo destino de lo proyectado, es decir, su transformación en elemento β, es lo que caracteriza la identificación proyectiva patológica.

La notación +♀.♂ designa una modalidad de identificación proyectiva que describe la génesis de los primeros símbolos que se producen en el contexto de la relación del lactante con su madre. Este tipo de vínculo genera elementos que en la teoría de Bion designan las unidades más discretas (podría decirse los átomos) de lo simbólico.

Este concepto no es directamente equivalente sino correlativo al concepto freudiano de **representante** (Representanz) y de **significante** en Lacan.

La capacidad que tiene la madre de "metabolizar" la angustia del lactante y fomentar su formación de símbolos Bion la denomina ***reverie***.

La notación -♀.♂ designa el mismo proceso, la identificación proyectiva, pero carente de la función de *reverie* por parte de la madre. Este vínculo, en vez de generar símbolos genera elementos β. Estos, como producto del vínculo -♀.♂ al no ser simbolizados, son continuamente proyectados. Podríamos decir que los elementos A designan lo que es proyectado en las identificaciones proyectivas patológicas.

La producción de elementos α y su organización en cadena va a constituir lo que Bion define como **barrera de contacto**. Esta barrera es lo que va a relevar a la madre en su función productora de elementos α.

El aparato psíquico asume la codificación de estímulos provenientes del exterior. Cuando hay una fisura en esta barrera los elementos β invaden el aparato psíquico. Y este no tiene otro recurso que evacuar estos elementos mediante la identificación proyectiva. Este tipo de identificación exige un receptáculo y también un control permanente del receptáculo, para evitar el retorno de lo proyectado y su efecto persecutorio.

Grinberg y Lieberman (***Psicoanálisis de la manía y la psicopatía***, 1966), en un estudio dinámico sobre las personalidades psicopáticas y la forma en que estas controlan a los demás y actúan sus complejos psicopatológicos a través de ellos, plantean que la identificación proyectiva es el mecanismo central que permite este tipo de dinámica interpersonal.

No siendo este el lugar apropiado para detallar los argumentos de Grinberg y Lieberman, nos limitamos a señalar que ellos explican que el psicópata exterioriza su conflicto depositándolo en un otro mediante la identificación proyectiva; luego, desde la posición esquizo-paranoide, controla a este otro, convertido en receptáculo de su conflicto, para mantenerlo cumpliendo esa función y así evitar los efectos persecutorios del retorno de lo proyectado.

IV. EL CASO RUTH

Todos los conceptos que hemos expuesto en los capítulos precedentes vamos a aplicarlos a la comprensión de los problemas de una adolescente muy perturbada y perturbadora, cuyos trastornos la colocan bajo el signo del oprobio y el ridículo. Se podría decir que es una joven que vive en medio de las burlas, las críticas y el rechazo de su entorno, con la misma naturalidad que un pez vive en el agua.

La relación de sus trastornos con los fenómenos traumáticos que previamente hemos descrito no es para nada evidente, por lo menos no lo fue para mí, y solo un prolongado proceso de observación, estudio y tratamiento me permitió establecer las conjeturas etiopatológicas que aquí sostendré. Para ello es necesario que previamente exponga este caso tan complejo y atípico.

ANAMNESIS

Ruth es la mayor de dos hermanas de una familia judía de Europa central.

Los padres emigraron a Venezuela después de finalizada la última guerra mundial y se han dedicado con éxito al comercio, lo que les permite gozar de un alto nivel de vida.

Los padres relatan que Ruth al nacer despertó en ellos las mejores esperanzas, era alegre, hábil y muy precoz. Tenían la convicción de que su hija era un genio.

Cambiarán drásticamente esta opinión sobre Ruth cuando nace su hermanita, que es dos años y medio menor que ella. Ruth no tolera la

intromisión y el desplazamiento que representa para ella el nacimiento de su hermanita, y comienza a transformarse en lo contrario de lo que era.

Su conducta se vuelve torpe, tonta y lenta. Muy rápidamente la pegueña hermana la supera en todo. Mientras más genial parece la hermanita, más torpe y tonta se muestra Ruth.

Ya a los cuatro años era más gorda que los otros niños de su edad. En la escuela sufre las burlas de sus compañeros. Rinde mal en los estudios.

Ruth es gorda y fea, casi no tiene amigas. Su hermana es muy agresiva hacia ella, constantemente la golpea e insulta. Ruth, a pesar de que es mayor, no hace nada por defenderse de las embestidas de su hermana.

Todos estos problemas se agravan cuando a los once años Ruth entra en la pubertad.

La obesidad, aumentan. Cada vez se vuelve más pasiva y asténica. Solamente habla para lamentarse y pedir que no la molesten. No quiere seguir yendo a la escuela porque sus compañeros la molestan contantemente con agresiones y burlas.

Durante varios años Ruth es sometida a toda la panoplia imaginable de tratamientos para adelgazar. Ha sido examinada por los mejores endocrinólogos, sin jamás haber obtenido algún resultado positivo y durable.

Ruth es para su familia una mancha vergonzosa. Los padres la esconden y no la llevan a las reuniones familiares. El sentimiento de fracaso de los padres se agrava en la medida en que ninguno de los múltiples tratamientos arroja resultados positivos.

Cuando Ruth tiene trece años los padres la envían a los Estados Unidos a un campamento de verano para niños y adolescentes obesos. El tratamiento que ahí recibe, basado en dietas y ejercicios, es exitoso, Ruth

pierde unos veinte kilos. Pero el resultado no es duradero, al cabo de algunos meses Ruth está más gorda de lo que era antes de ser enviada al campamento.

Los padres se sienten cada vez más desesperados y desesperanzados y su frustración es extrema. Cuando reciben visitas le exigen a Ruth que se oculte en su habitación; cuando la hermana recibe a sus amigos también le impone a Ruth esta restricción.

Cuando Ruth tiene catorce años es llevada a tratarse con un psicoanalista que le hace una psicoterapia de varias sesiones semanales. Al cabo de pocos meses, el psicoanalista, preso de los mismos sentimientos de desesperanza e impotencia que los padres, decide remitirla a la comunidad terapéutica donde yo trabajaba.

LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Dedicada fundamentalmente al tratamiento de drogadictos, la comunidad terapéutica en la que fue internada Ruth era un centro de hospitalización cerrado. Los integrantes de esta comunidad se subdividen en dos grupos: los pacientes y el equipo psicoterapéutico.

Los pacientes eran un promedio de treinta, con una estadía promedio de cuatro meses en la comunidad. Alrededor de la mitad se había hospitalizado debido al consumo de drogas, los demás por motivos diversos. Siempre había alrededor de un 10%, es decir 3 o 4, de psicóticos graves. Casi todos eran esquizofrénicos y todas las variedades (simple, catatónica, hebefrénica y paranoide) llegaron a estar representadas; también hubo un paciente al que se le diagnosticó manía y otro al que se le diagnosticó paranoia. Un grupo de alrededor de 5 pacientes era catalogado como psicópatas, estos tenían en común el haber consumido drogas fuertes durante periodos prolongados y por vía

intravenosa, además habían tenido problemas con la ley y sufrido arrestos. Dentro de los consumidores de drogas suaves, especificamente marihuana, había pacientes diagnosticados como neuróticos obsesivos, fóbicos o histéricos, y pacientes catalogados como perversos que tenían problemas de homosexualidad. Uno de ellos era exhibicionista. La extracción social de los pacientes tendía a ser de clase media, con excepción del grupo de los psicópatas que eran burgueses o marginales. La edad promedio de los pacientes era de 19 años.

El equipo estaba configurado por 7 personas, de las cuales una, el director, era un psiquiatra psicoanalista, un psicólogo, y el resto eramos psicoterapeutas "paraprofesionales", es decir, antiguos pacientes de comunidades terapéuticas. La edad promedio de los psicoterapeutas era de 28 años.

Todos los pacientes recibían psicoterapia y algunos, los psicóticos, medicación con neurolépticos. Tenían dos sesiones semanales de terapia en grupo con el director o cualquiera de los psicoterapeutas, y una sesión de terapia individual con un psicoterapeuta fijo asignado. Además, tenían varias reuniones regulares en que participaba toda la comunidad y los pacientes se ocupaban de todas las tareas de limpieza, mantenimiento y cocina. Es decir, no habían ni empleados ni enfermeros.

Cada psicoterapeuta tenía a su cargo unos 5 pacientes y dos grupos de terapia a la semana. Con los pacientes que tenían a cargo hacían una hora semanal de terapia individual y respondían por estos ante el resto del equipo.

Otra función de los psicoterapeutas eran las guardias en las que debían hacer frente a los problemas que cualquier paciente presentara.

Semanalmente, teníamos una "reunión clínica" que tenía un carácter científico y administrativo. El aspecto científico era el de la discusión de casos, en la que se hacían consideraciones diagnósticas y se diseñaban estrategias terapéuticas. En el aspecto administrativo se procesaban

algunas demandas de los pacientes, como los permisos de salir a la calle, y se llevaba un control semanal de la situación de cada quien.

RUTH EN LA COMUNIDAD

Hice esta descripción de la comunidad para que quedara bien claro que no se trataba de un grupo de gente normal ni socialmente adaptada, y que, sin embargo, Ruth al ingresar en esta creó una tal perturbación que hizo que todos los pacientes se sintieran normales al compararse con ella.

En esa comunidad de marginados que, por una u otra razón, no podían funcionar en la sociedad, Ruth fue rechazada, repudiada y marginada. Era el objeto de las burlas de todos, era un ridículo ambulante.

Para el equipo era literalmente imposible abordar con seriedad el caso de Ruth. En las reuniones clínicas, que por lo demás discurrían normalmente, se armaba un alboroto de risas y alaridos cuando se trataba de discutir sobre ella. Esto, no obstante los esfuerzos del director, que trataba de trabajar este caso con el equipo tan científicamente como trabajaba los demás. El momento de la reunión clínica era especialmente penoso para el psicoterapeuta encargado de ella y para mí:
El psicoterapeuta encargado de ella tenía el mismo sentimiento de impotencia, frustración y vergüenza que embargaba a los padres. Yo sufría mucho por la actitud del equipo en las reuniones clínicas, a mí Ruth nunca me inspiró risa, en el fondo, por ser judío y por haber sufrido marginamientos sociales la mayor parte de mi vida, sentía congoja y embarazo ante esta actitud.

Mi relación con Ruth y la de ella conmigo no son fáciles de describir, pero para todos, y en especial para el director, quedaba cada vez más claro que entre ella y yo existía un vínculo transferencial fuerte y terapéuticamente eficaz, vínculo que no se pudo establecer con ningún

otro miembro del equipo. Este vínculo no se estableció gratuitamente ni en el aire.

Debido a los factores antes mencionados, que me identificaban a ella, y basándome en una limitadísima experiencia en la materia, yo me ofrecí para encargarme de ponerla a dieta y controlar su reducción ponderal. El director, como psicoanalista al fin, explicó este fenómeno transferencial señalando que yo desempeñaba para Ruth la función que históricamente había desempeñado la madre, quien se dedicaba, con menos éxito que yo, a controlar su ingesta de alimentos.

Nunca fui indulgente ni compasivo con Ruth. Me tocó desempeñar un papel muy duro con ella al ponerla a dieta y lo ejecuté en forma espartana: **En 6 meses rebajó de 91 Kg., el peso con que ingresó, a 60 Kg.**). Pero nunca me burlé de ella, sus torpezas nunca me causaron gracia y siempre estaba dispuesto a prestarle ayuda.

La relación de Ruth con los demás pacientes será una repetición de la que tuvo con los compañeros en el colegio. Ruth desempeñará la función de **chivo expiatorio** y lo hará en forma persistente e invariable por más de 2 años.

En su obra ***Experiencias en grupos*** (1959), Wilfred Bion señala que la función de chivo expiatorio se produce en todas las dinámicas grupales y esta era la única explicación que yo tenía de la función de Ruth en el grupo. Pero cualquier miembro del grupo de los pacientes o del equipo podía transitoriamente desempeñar esta función. Lo que llamaba la atención era la facilidad con la que Ruth caía en esta posición y la insensibilidad que manifestaba antes los ataques y ofensas tan violentos que sufrió por parte del grupo.

El que Ruth fuera el chivo expiatorio principal no le impidió establecer lazos de amistad con algunos pacientes y miembros del equipo. Cuando el grupo se ensañaba en contra de algún otro paciente, Ruth era una de los principales agresores.

ANÁLISIS DEL CASO

No disponíamos de ningún dato de la historia de Ruth que nos permitiera explicar su enfermedad. Si el nacimiento de la hermanita fue un factor necesario, no es suficiente para explicar esta evolución patológica. Por otra parte, su inteligencia era normal, no tenía ningún trastorno neurológico y tampoco cabía ningún diagnóstico de esquizofrenia.

Ruth superficialmente parecía una débil mental, cuando la vi por primera vez me asaltó el recuerdo de un joven judío polaco, retrasado mental, que había nacido en durante la guerra en un ghetto en Polonia. Pero si el aspecto de Ruth evocaba este recuerdo, no había nada en su historia que lo justificara. Ruth nació en Caracas a comienzos de los años sesenta, en una familia socialmente favorecida. Fue criada en condiciones materiales que no nos permiten suponer ningún tipo de privación. Su hermana es una joven adolescente con una personalidad histerofóbica bastante frecuente entre las jóvenes de su edad y clase social; no es precisamente flaca, pero definitivamente no es obesa.

Los padres son personas muy pudientes y joviales, tienen un elevado nivel de vida y lo disfrutan. No tienen problemas matrimoniales. Están satisfechos con su trabajo, son extrovertidos y mantienen una muy activa vida familiar y social.

La enfermedad de Ruth es a todas luces desconcertante, es una enfermedad resistente a la simbolización, resistente incluso a ser pensada como enfermedad por los miembros del equipo. Tampoco la nosografía psiquiátrica resulta útil; si bien se puede establecer un diagnóstico de **psicosis limítrofe** (Bergeret), se sabe que este es un diagnóstico inespecífico que sirve para clasificar lo que no puede ser clasificado de otro modo.

Obviamente, la obesidad es el síntoma más conspicuo. Cuando ingresa tiene 91 Kg. para una estatura de 1,65; pero no son los más graves. Vimos que en pocos meses perdió el 30% de su peso.

El sentimiento de vacío y desesperanza que su gordura ocultaba era un problema clínico mucho más difícil de confrontar.

Ruth no tenía ningún proyecto para el futuro y era muy inmadura para su edad. La resistencia a la simbolización de su enfermedad no se reflejaba únicamente en las dificultades diagnósticas; entre los miembros del equipo ella generaba angustias difíciles de controlar, **frecuentemente Ruth aparecía en los sueños de muchos miembros de la comunidad** (pacientes y terapeutas).

Cuando se le preguntó a Ruth si disfrutaba lo que tan abundantemente comía, respondió que lo disfrutaba muy poco, pero que se sentía peor cuando no comía.

Ante las agresiones e insultos de los demás respondía con una risa idiota. No era que un sentimiento de culpabilidad le impidiera disfrutar la comida agradable, ni que negara las cosas desagradables. Ruth presentaba una perturbación en la barrera de contacto que permite el funcionamiento del código placer-displacer (tema que desarrollamos en el capítulo I).

Ruth no discriminaba entre un insulto y un piropo, entre un golpe y una caricia, entre un examen médico y un acto sexual, entre comer pan viejo y comer foie gras. De este modo, el ser grotesca y ridícula era algo que la llevaba a ser foco de la atención del grupo, el que esta atención que el grupo le prestara fuera para la burla y el insulto era secundario. Ruth no codificaba lo placentero como placentero, ni lo displacentero como displacentero. Por eso siempre tenía hambre, por mucho o poco que comiera, no sentía saciedad ni placer, tampoco sentía displacer. Su

sensación de vacío, vacío de falta de código, trataba de llenarlo indiscriminadamente como fuera, y lo hacía en la forma más primitiva: comiendo.

El concepto de inafectividad, formulado por Minkowsky, que la Dra. Dreyfus emplea en el estudio de sus dos casos (capítulo Il), nos parece que responde a una descripción fenomenológica de este tipo de lesión en la barrera de contacto.

Ya transcurridos dos años de tratamiento, Ruth manifestaba algunos signos de progreso. Había comprendido la identidad del rol de chivo expiatorio que desempeñaba en la comunidad terapéutica y del que desempeñaba en el seno de su familia.

De ser abúlica, Ruth se volvió agresiva y susceptible. Ya no le causaba gracia que se burlaran de ella, sino que inmediatamente contraatacaba y exigía que se la tratara con respeto. Cuando visitaba a su familia se creaba una situación tensa, Ruth tenía una actitud de hostilidad y reproche que nunca antes había manifestado.

Las relaciones con Ruth no eran nada fáciles, **de la ausencia de carácter pasó al mal carácter**. Ahora era elle quien infligía los malos tratos que solía recibir de los demás. De víctima se convirtió en agresor (recuérdese el mecanismo de **identificación con el agresor** que examinamos en el capítulo III), sus víctimas predilectas eran los otros pacientes y su familia.

Aunque la actitud de Ruth no era especialmente deseable y comprometía el tratamiento, puesto que los padres interpretaban estos cambios como un retroceso o degeneración, el equipo coincidía en ver estos cambios como signos positivos. Era evidente que Ruth estaba movilizándose y que sus relaciones con los demás habían cambiado radicalmente.

Ya en el tercer año de tratamiento Ruth trae a colación datos de la historia familiar que nunca antes había mencionado y que son esenciales para la intelección de la etiología de su enfermedad:
El padre cuando tenía 11 años fue internado en un campo de concentración durante 4 años, es decir, hasta la edad de 15. Pese a las numerosas entrevistas a las que fueron sometidos los padres, ellos jamás habían hecho mención de este hecho. Nada en ellos, sus relatos, su expresión, humor y carácter permitían entrever la existencia de un pasado tan traumático y penoso. Más bien siempre llamaba la atención el contraste entre el éxito y la alegría de vivir de los padres y la enfermedad tan grave de la hija mayor.

Ruth afirma que en su casa, más allá de la mención del hecho, jamás se ha hablado de esta experiencia. Los padres a veces fustigan a los nazis y antisemitas, pero jamás hablan de sus sufrimientos.

¿No podríamos encontrar aquí una respuesta a los múltiples enigmas que plantea este caso?

Aquello que no encuentra explicación en la historia personal de Ruth quizás pueda encontrarla en la historia de los padres. Una historia de la que no se habla, pero que posiblemente se manifiesta y encarna en la enfermedad de la hija. Esta es la hipótesis etiológica que explicaré a continuación:

El pasado traumático no es simbolizado por los padres, pero persiste como forcluido o, sí se quiere utilizar la terminología de Bion, como aglomeración de elementos β.

Desde su nacimiento Ruth ha debido ser una niña muy querida y mimada. El relato de los padres me permite suponer que ella desempeñaba para ellos lo que Bion (en ***Experiencias en grupos***) ha definido como función mesiánica. Ruth, la niña genio, era depositaria de las esperanzas de salvación y redención de los padres. Tan exageradamente privilegiada fue

la posición de Ruth que hizo intolerable para ella la intromisión de la recién llegada hermanita. La narración que hacen los padres de este episodio yo la tomo tal cual.

El malestar de Ruth ha podido ser tan fuerte que descompensó el frágil mecanismo que le permitía a los padres mantenerse resguardados de las vivencias de lo traumático.

Lo traumático, en este episodio, irrumpe en forma violenta y la causa más inmediata de todo esto son los celos de Ruth y los efectos nefastos que generan en su conducta.

Ruth pasa así de ser la encarnación de la esperanza a ser la encarnación de la desesperanza. Ruth se transforma en una representación de lo traumático. Lo forcluido vuelve desde lo real a través del malestar de Ruth.

De esta irrupción masiva de lo traumático los padres se protegen mediante **identificaciones proyectivas patológicas** (ver capítulo III), de las cuales Ruth será el receptáculo, lo que los padres no recuerdan lo repiten (Freud, ***Recuerdo, repetición y elaboración***,1914). Esta identificación de Ruth al rol de receptáculo de los elementos que los padres evacuan, podría explicar la obesidad y pasividad que marcarán los siguientes 14 años de su vida.

Con la hermanita como nueva depositaria de las esperanzas mesiánicas y con Ruth como depositaria del trauma se establece un nuevo equilibrio psíquico que resulta muy eficaz para tres de los cuatro miembros de la familia. El trauma como neo es ni recordado, ni por consiguiente elaborado, es revivido por la familia a través de la enfermedad de Ruth. Esta es el catalizador que hace a los padres revivir los sentimientos de humillación, impotencia y desesperación que se originaron en la situación traumática.

La *renegación* del pasado traumático (tanto en el sentido freudiano de *Veleugnung* como en el sentido corriente del término) desempeña aquí un rol esencial.

Es sintomático que la enfermedad de Ruth genere en su entorno más sentimientos de vergüenza que de tristeza. La situación es trágica, pero siempre está coloreada de algo grotesco y obsceno. Ruth, además de simbolizar lo traumático, simboliza la castración.

La economía del trauma está sobredeterminada por la economía del deseo. Si esta joven se mantenía apegada al rol de mancha vergonzosa, al rol de basurero, lo hacía porque de esta forma, aunque parezca inverosímil, mantenía un lugar privilegiado en el deseo de sus padres.

Podríamos decir que si para el deseo de los padres la hermana es el falo, Ruth es el **objeto (a)** resistente a la simbolización, pero **causa del deseo**.

Su cuerpo obeso e informe era constantemente objeto de la atención de los padres, especialmente la madre contantemente manipulaba el cuerpo de Ruth, siempre estaba inmiscuida en él. Ruth también disfrutaba mucho las visitas al médico, las que implicaba una exhibición y manipulación de su cuerpo.

Esto podría quizás explicar, aunque sea en parte, por qué Ruth soportaba hasta con cierta gratificación el ser objeto de las burlas del grupo. Indudablemente, no era objeto del deseo, pero el deseo constituye solo una dimensión de lo libidinal, es decir lo libidinal asociado al placer; lo libidinal asociado al displacer, Lacan lo ha designado como **goce**, y es desde esta perspectiva que pueden ser comprendidas las ganancias sintomáticas de Ruth.

PROGRESOS DE RUTH

Ya en el tercer año del tratamiento los cambios de Ruth son notables. Tiene más de dos años manteniendo un peso normal y por primera vez a la edad de 17 años se atreve a asumir cierta coquetería, a interesarse por ropas y cosméticos. Para sorpresa de todos, Ruth comienza a parecerse a una muchacha normal de su edad. Retoma los estudios de bachillerato, inicia estudios de mecanografía e inglés. Sus relaciones con los miembros de la comunidad terapéutica son francamente buenas; Ruth por vez primera mostraba una buena capacidad de vincularse positivamente y de seducir.

Todos nos sentíamos satisfechos y orgullos de sus progresos y al recordar su enfermedad y compararla con el presente, teníamos la sensación de habernos despertado de una pesadilla.

Sin embargo, la familia, aunque reconocía los buenos resultados en cuanto al tratamiento de la obesidad, sostenía que en todo lo demás Ruth había empeorado. Era muy rebelde, exigía que se le respetaran sus opiniones, fácilmente agredía a cualquier miembro de la familia. Estaban decepcionados con el resultado, nos habían encomendado un ente amorfo y dócil y les habíamos devuelto una adolescente rebelde.

Ante este hecho los padres deciden enviarla a Israel para que se quede allá definitivamente, Ruth se opone ferozmente y por primera vez en su vida formula sus propios planes y expresa lo que ella quiere hacer en la vida. Nosotros la apoyamos en su oposición a los padres, puesto que a muy duras penas habíamos logrado ayudar a Ruth a que pudiese funcionar normalmente en esta sociedad y no veíamos qué beneficios podría traerle el enfrentarse al trauma de una emigración y una disolución de los escasos vínculos que con tanto dolor había creado.

Sin embargo, la comunidad terapéutica ya había cumplido su función y no tenía mucho más que ofrecerle. Ruth desde algunos meses era la más antigua paciente, con tres años y medio de internación.

Las condiciones en las que Ruth se fue no son las más felices, pues se la expulsó de la comunidad por haber infringido el reglamento que impide a los pacientes tener relaciones sexuales entre sí. Se había citado con un paciente con el que fue al cine y después a un motel. Ruth tenía 17 años y estas eran sus primeras relaciones sexuales.

Ruth ha regresado a vivir con su familia, pero mantiene una distancia e independencia frente a los padres. Está a punto de terminar su bachillerato y sigue sus estudios de inglés. Se ha transformado en una joven alegre y coqueta. Creo que con algo de suerte Ruth seguirá progresando. De todos modos es inconcebible una involución al estado en que se hallaba antes del tratamiento.

Quizás más preocupante que el futuro de Ruth sea el del resto de su familia. En el caso de que Ruth se cure definitivamente y mis hipótesis sean ciertas, ¿Quién y de qué manera asumirá el rol que Ruth ha abandonado?

París, febrero de 1979.

EPILOGO A LA VERSIÓN CASTELLANA

La versión original de este trabajo fue escrita en francés hace nueve años, como una monografía de esas que llaman *mémoire*, en el marco de mis estudios universitarios de psicología. Aunque me permitió obtener una buena calificación en un curso de psicología clínica, la profesora confesó que no lo había leído.

Este trabajo lo tenía clasificado entre lo que consideraba como mis escritos lacanianos. En 1979 era asistente asiduo a los seminarios del Dr. Lacan, pertenecía a varios grupos de estudio, llamados *cartels*, de la *Escuela Freudiana de París*, y el año anterior lo había consagrado fundamentalmente al estudio de su obra y de las exposiciones y aplicaciones que de ella hacían los profesores del *Département du Champ Freudien* en la Universidad de Paris VIII.

Me complació releer este trabajo, porque me mostró que yo nunca fui lacaniano en el sentido actual del término, es decir, nunca me puse a repetir como un loro cosas que no entendía y tampoco me plegué a la pretensión que tenía Lacan de sustituir con su teoría las restantes teorías psicoanalíticas.

Machacando el francés, a duras penas traté de plantear una posición distinta a la que entonces estaba de moda, demostrando que otras escuelas y pensadores psicoanalíticos tienen aportes importantes que merecen ser rescatados y tomados en cuenta. Ante el diletantismo y sectarismo allá imperantes, respondí tratando de demostrar que la flexibilidad, la apertura y el ecumenismo no están reñidos con el rigor.

En ese sentido no me siento tan ajeno a quien era hace nueve años. Esta era mi manera de ser lacaniano, nunca esa que todos conocen. Esto no quiere decir que no haya cambiado mucho mi forma de pensar desde entonces. Por muchas razones sería para mí inconcebible en la actualidad endosar un trabajo como este.

EL EMPLEO DE LA TEORÍA

Los hombres que tienen una fe excesiva en sus teorías, no solo están mal preparados para hacer descubrimientos, sino que además hacen muy malas observaciones...

Claude Bernard

Actualmente, no les doy a las teorías la importancia que les daba entonces. Creía que en las teorías estaban las respuestas a todos los problemas que la clínica planteaba; encontrar estas respuestas dependía de mi capacidad de descifrarlas. En la actualidad pienso que es mucho más importante saber observar y describir los problemas que explicarlos desde alguna teoría.

En ese entonces pensaba que el arte de curar dependía estrechamente del arte de explicar y que explicar implicaba descubrir la o las causas de los problemas.

Un supuesto tácito era que si damos con la causa de un problema su simple revelación (la célebre fórmula freudiana de *hacer consciente lo inconsciente*) constituye un agente terapéutico eficaz.

La experiencia diaria nos muestra que existen muchos problemas cuyas causas conocemos y, sin embargo, no los podemos resolver, y que podemos solucionar eficazmente problemas, aunque desconozcamos sus causas. La obsesión freudiana por la causalidad tiene sus raíces en la ética judeo cristiana que concibe la enfermedad como un castigo, como el resultado de un pecado. Por ello, y a pesar de la consciencia que tenía sobre lo fácil e inconveniente que es culpabilizar a los padres, mi análisis

del caso sugiere insidiosamente una culpa por parte de ellos.

Sí se hubiera trabajado y comprendido los problemas de Ruth desde otro esquema, quizá ella habría tenido menos choques hostiles con los padres y estos hubieran opuesto menos resistencia al tratamiento de la hija.

Estaba muy lejos de interesarme en las críticas de Wittgenstein a Freud, que señalan cómo este constantemente confunde **causalidad** y **sentido**. Aquello que no pasa de ser una interpretación (la atribución de un sentido a sus conflictos) yo lo tomaba como una explicación causal científica del trastorno.

No logro justificar epistemológicamente el que se explique un conjunto de trastornos funcionales observables (la *enfermedad* de Ruth) como la manifestación de una lesión inobservable (ruptura de la barrera de contacto) de un aparato psíquico cuyas dimensiones espaciales tampoco conocemos. **Explicar un fenómeno observable como resultado de uno inobservable, no es explicar nada, simplemente se retrocede de la observación a la especulación metafísica.**

No es que no se pueda creer científicamente en fenómenos inobservables, los científicos creyeron en los genes y las partículas subatómicas antes de tener un instrumental adecuado para observarlos, pero nadie pretende explicar científicamente un fenómeno de dimensiones conocidas por referencia a un fenómeno de dimensiones desconocidas y no localizables dentro del espacio físico.

EL CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL

El término ***enfermedad*** con el que aludí los problemas de Ruth ya no lo empleo en la actualidad.

La gente está tan acostumbrada a hablar de ***enfermedad mental*** que olvida que se habla de enfermedad por extensión metafórica. En psicopatología estudiamos **trastornos**, no enfermedades, porque el trastorno apunta hacia una **disfunción**, mientras que la enfermedad implica una **lesión** anatómica.

En el trastorno mental orgánico el psicopatólogo se interesa en las manifestaciones conductuales y psicológicas de la lesión orgánica, la lesión orgánica como tal está en el dominio de la neuropatología.

El hecho de que no nos ocupemos de fenómenos orgánicos no implica que tratemos con fenómenos inmateriales.

Este es un problema constante en la reflexión psicológica; la gente cree que los psicólogos se ocupan de objetos inmateriales porque no son cosas que se pueden tocar y oler. Los psicólogos nos ocupamos de eventos, de interacciones entre las personas, de funciones y trastornos funcionales.

Estos eventos no son cosas, pero existen y se dan en el mismo espacio físico en que están los restantes objetos materiales.

LA OPOSICIÓN EXCLUYENTE ENTRE LO BIOLÓGICO Y LO PSICODINÁMICO

Para la época la psicopatología aún estaba dividida entre dos escuelas irreconciliables: los **dinámicos** y los **organicistas**.

- ➔ Los dinámicos sostenían que las causas de los trastornos son ambientales y psicológicas y, por lo tanto, deben ser tratados mediante la psicoterapia.
- ➔ Los organicistas sostienen que la causa del trastorno es biológica y debe ser tratado con farmacoterapia.

En nuestra comunidad terapéutica se tenía un sentimiento de fracaso cuando había que medicar algún paciente, así este fuera psicótico. Pensando retrospectivamente en los múltiples casos que llegué .a conocer, concluyo que todos los que recibían medicamentos estaban inframedicados. Por ej. un joven catatónico que era mantenido con las dosis más bajas posibles de neurolépticos. Hoy sé que el tan mal usado y, por ende, justamente vilipendiado tratamiento electro-convulsivo era una indicación en su caso. Años después este joven se suicidó.

Se creía que la medicación desnaturalizaba el vínculo transferencial, un psicoanalista que recetaba un fármaco dejaba de ser "neutro", y que la acción del fármaco en si incapacitaba al paciente para recibir psicoterapia; porque también se creía que para aprovechar bien la psicoterapia había que sufrir.

Se creía igualmente que si alguien tenía un problema cuya causa fuera biológica no se le podía ayudar con psicoterapia, e inversamente, si alguien tenía un problema de origen psicológico de nada le serviría un tratamiento biológico.

SOBRE EL DIAGNÓSTICO DE RUTH

Es difícil explicar con elegancia lo burda que puede llegar a ser la psicopatología psicoanalítica.

En ese entonces se manejaban tres categorías gruesas: **neurosis**, **psicosis** y **perversiones**.

Tácita o explícitamente se suponía que cada categoría reflejaba lo que se llamaba una estructura psicodinámica, es decir, un tipo determinado de organización del aparato psíquico (vuelvo a repetir que nadie conocía ni conoce las dimensiones ni la localización de este aparato), por lo que se suponía que los diferentes cuadros que entraban en cada categoría tenían rasgos que en el fondo, ese fondo al que aspira la psicología profunda, son homogéneos.

No es este el lugar para explicar cuán poco científico resulta el manejo de categorías tan groseramente genéricas. El mismo término de perversión es más un **juicio de valor** que un concepto operativo. Lo neurótico se define circularmente como lo que no es psicótico, lo psicótico agrupa todos los trastornos donde de alguna forma hay o ha habido una alteración de la **prueba de realidad** (es imposible reunir a tres personas para que se pongan de acuerdo en cómo hay que definir esta *prueba*).

Lo que es importantísimo señalar es que estas categorías diagnósticas, con todo lo difusas, genéricas y vagas que son, no abarcaban el trastorno del que padecía Ruth.

Había un consenso de diagnosticarla como **borderline** (limítrofe), pero el concepto de *borderline* que se manejaba no es el del **trastorno severo de la personalidad** que describió Kernberg, ni de la **personalidad inestable** que describió Gunderson, sino que decir *borderline* equivalía a decir que esta joven no era ni chicha ni limonada, que era medio psicótica y medio neurótica, que tenía una *estructura psicótica* con un *funcionamiento*

neurótico o al revés, que de todos modos lo que tenía era de muy mal pronóstico.

Cuál no será mi sorpresa cuando al repensar este caso nueve años después, me percato que esta joven tenía el más común y frecuente de todos los trastornos mentales, a saber la depresión.

La bulimia, la hipersomnia, la astenia, el enlentecimiento psicomotor, la falta de interés y placer por las actividades habituales y un ánimo disfórico caracterizado por apatía, desesperanza y falta de iniciativa, todo apunta inequívocamente hacía un diagnóstico de **depresión mayor**.

Para hacer un diagnóstico de **trastorno limítrofe de la personalidad** el DSM-III requiere un mínimo de 5 sobre 8 criterios, Ruth solo reúne 2: intolerancia a estar sola y sentimientos crónicos de vacío y aburrimiento.

Si se insiste en realizar un diagnóstico en el eje II, Ruth reúne los criterios para el **trastorno dependiente de la personalidad**, pero este no es sino la expresión de los efectos que una depresión mayor crónica iniciada en la infancia imprime sobre la personalidad del paciente.

Lo único "atípico" del trastorno de Ruth es que esta clase de trastorno es más frecuente entre los adultos que entre los niños y adolescentes. Sin embargo, estudios epidemiológicos recientes señalan un aumento de la incidencia de las depresiones entre la población joven.

Inevitablemente, debemos preguntarnos ¿Si esto es tan obvio, cómo pudimos no verlo?

No pudimos verle porque las tapaderas de la teoría psicopatológica psicoanalítica nos lo impedían.

En primer lugar los psicoanalistas usan el término depresión de la misma forma en que lo hacen los legos, es decir, como sinónimo de tristeza, y Ruth no estaba triste. En segundo lugar, aún limitando el concepto de

depresión a un sinónimo de tristeza, y se reconoce que existe la depresión, siempre se la considera síntoma de otra cosa, la depresión siempre tiene un sentido, siempre significa algo y este significado siempre es más importante que la depresión misma. Para colmo, la concepción kleiniana de la **posición depresiva** hace que la depresión sea conceptualizada como un fenómeno sano o curativo.

Por absurdo que nos suene hoy, en ese entonces se repetía corrientemente que para curarse había que pasar por una depresión y muchos psicoanalistas mostraron grandes destrezas en su habilidad de llevar a los pacientes a ese estado.

El cristianismo lleva casi dos milenios abonando el terreno donde surge esta idea; para alcanzar la salvación hay que expiar y sufrir.

Ninguna reflexión psicoanalítica le confiere un estatuto autónomo a la depresión o la enfoca como una entidad nosológica que tiene su propia dinámica. Frente a esta posición provoca responder, como lo hizo Susan Sontag con relación a la tuberculosis y el cáncer, diciendo que la depresión no significa nada, y parafrasear la tautología poética de Gertrude Stein: *...una depresión es una depresión, es una depresión, es una depresión...*

Creo que sí a Ruth le hubiésemos diagnosticado una depresión, habríamos comprendido mejor sus problemas y dado un tratamiento más específico y seguramente más eficaz y rápido, a saber, una psicoterapia cognitiva y una farmacoterapia basada en antidepresivos tricíclicos o tetracíclicos [1].

---

[1] En esa época no se conocían los IRS (Inhibidores de la Recaptura de la Serotonina) como Prozac, Zoloft, etc. mucho más eficaces.

Los que carecen de la disciplina intelectual que requiere el arte de diagnosticar hacen como el zorro de la fábula con las uvas; le restan importancia al valor de esta tarea.

Si un diagnóstico acertado no es suficiente para la conducción de un buen tratamiento, en muchos casos es necesario. Muchos problemas de Ruth se hubieran vuelto inteligibles por el simple acto del diagnóstico.

Igualmente, su pronóstico hubiera mejorado y por ende su evolución; puesto que en los asuntos humanos, como brillantemente lo argumentó Popper, las predicciones no son neutras, las predicciones tienden a autoconfirmarse por el efecto de sugestión que ejercen.

Por eso debemos ser cautos sobre todo cuando establecemos pronósticos reservados, porque si nos equivocamos, corremos el riesgo de ser los causantes de la mala evolución que hemos pronosticado.

KRAEPELIN Y FREUD, LA DESCRIPCIÓN Y EL SENTIDO

La psicopatología contemporánea nació dividida entre dos grandes concepciones que tradicionalmente se han opuesto entre si, la **descriptiva** y la **psicodinámica**. Los padres de ambas corrientes son, respectivamente, Kraepelin y Freud, hombres de una misma generación: Kraepelin nació en 1855, un año antes que Freud.

El aporte fundamental de Kraepelin fué el de organizar en forma coherente todos los conocimientos que hasta su época se venían desarrollando sobre los trastornos mentales, y definir parámetros claros que pueden dirigir la observación y la descripción, que son el punto de partida ineludible de todo conocimiento positivo.

El defecto fundamental de la obra de Kraepelin es su impotencia y fatalismo; enseña a conocer, pero no da herramientas suficientes para curar.

Freud, entre sus múltiples aportes, humanizó la comprensión del trastorno mental al introducirlo en la dimensión del sentido. Esto no solamente permitió comprender los vínculos entre la enfermedad y el enfermo, sino que sentó las bases de lo que se ha convertido en el instrumento más eficaz para el tratamiento de los trastornos mentales: la psicoterapia. Freud le dio una dimensión científica al diálogo entre el terapeuta y el paciente y demostró que este vínculo no solo es un agente terapéutico extraordinariamente eficaz, sino que es insustituible en el tratamiento de la mayor parte de los trastornos mentales.

Sin embargo, Freud contribuyó muy poco al conocimiento positivo de aquellos trastornos que nos enseñó a curar, proponiendo explicaciones etiopatológicas extremadamente pobres, come aquella de que la paranoia es el resultado de la proyección de una homosexualidad latente (en el caso Schreber) y el famoso complejo de Edipo que da para explicar absolutamente todo (la depresión, las neurosis, las perversiones y

psicosis). Freud le dio rienda suelta a su talento, genio e imaginación; el inconveniente fue que le dio rienda suelta a la imaginación de muchos que no tuvieron ni genio ni talento.

Al igual que Nietzsche y Marx, Freud prácticamente dijo de todo y autorizó a cualquiera a decir cualquier cosa.

El final de este siglo reúne dos legados que nunca debieron estar separados: el de Kraepelin, que nos permite conocer positivamente los trastornos, y el de Freud, que nos permite establecer un diálogo terapéutico con la persona que sufre.

A mediados de este siglo la psicopatología dinámica estaba en su apogeo y la biológica-descriptiva gozaba de menos prestigio. Hoy, gracias a la creciente eficacia de los tratamientos biológicos, y también al refinamiento de las técnicas psicoterapéuticas, esta situación ha cambiado no solamente en favor de un equilibrio, sino que son cada vez más los psiquiatras y los psicólogos que se pronuncian a favor de la integración de ambos enfoques, que no tienen nada de incompatible, más allá de las disputas de escuela producidas por rivalidades gremiales.

Caracas, Febrero de 1988